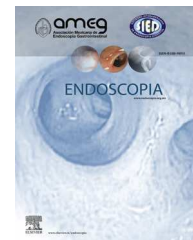




ENDOSCOPIA

www.elsevier.es/endoscopia



ALREDEDOR DEL MUNDO

Endoscopia alrededor del mundo

Endoscopy around the world

Félix Ignacio Téllez Ávila*

Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F., México

Tratamiento guiado por ultrasonido endoscópico para el sangrado de tubo digestivo

Law R, Fuji-Lau L, Wong Kee Song LM, et al. Efficacy of endoscopic ultrasound-guided hemostatic interventions for resistant nonvariceal bleeding. Clin Gastroenterol Hepatol. 2015; 13: 808-812.

El sangrado gastrointestinal de vez en cuando puede ocurrir por lesiones que no son susceptibles de tratamiento endoscópico, radiológico o quirúrgico. El ultrasonido endoscópico se puede utilizar para visualizar algunas de estas lesiones e identificar los vasos sangrantes. Un grupo de la Clínica Mayo informó recientemente su experiencia en el uso de hemostasia guiada por ecoendoscopia para tratar una variedad de lesiones sangrantes (por ejemplo, los tumores del estroma, malformaciones vasculares, lesiones de Dieulafoy, masas o pólipos, tumores malignos invasivos) en el tracto gastrointestinal superior o colon. Cada uno de los 17 pacientes incluidos había experimentado falla del tratamiento o había sido considerado un candidato inadecuado para las terapias estándar. Después de una evaluación diagnóstica

por ultrasonido endoscópico para identificar la lesión causante del sangrado y determinar el flujo sanguíneo, se aplicó terapia guiada por ecoendoscopia utilizando un ecoendoscopio terapéutico y guía fluoroscópica. Los métodos de tratamiento incluyeron la inyección (epinefrina, etanol, cianoacrilato, o hialuronato), la embolización utilizando coils, la ligadura con banda y polipectomía. El ultrasonido Doppler se utilizó para documentar el cese o la desaceleración de la hemorragia. Durante una mediana de seguimiento de 12 meses, 15 pacientes (88%) no tuvieron recurrencia de sangrado.

Otro posible beneficio de la dosis dividida para la preparación de colon

Jalanka J, Salonen A, Salojärvi J, et al. Effects of bowel cleansing on intestinal microbiota. Gut. 2014 Dec 19; [publicación electrónica]

Algunas veces los pacientes padecen alteraciones del hábito intestinal después de la preparación intestinal para colonoscopia. Para evaluar si el método de dosificación afecta la microbiota intestinal, los investigadores asignaron al azar a 23 participantes sanos para recibir 2 L de solución con polietilenglicol-electrolitos con ácido ascórbico en una sola dosis en la mañana del estudio o como dosis dividida en la noche anterior y la mañana del estudio (1 L cada uno). La microbiota intestinal se analizó utilizando muestras fecales tomadas al inicio del estudio, después de la limpieza intestinal, y a los 14 y 28 días.

* Autor para correspondencia. Departamento de Endoscopia Gastrointestinal; Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, Vasco de Quiroga 15, Col. Sección XVI, Tlalpan, Ciudad de México, México.

Correo electrónico: felixtelleza@gmail.com

Ambos regímenes de dosificación lograron disminuir la carga microbiana de manera espectacular, y algunos pacientes tenían alteraciones significativas en los tipos de bacterias presentes. Aunque ambos grupos mostraron una recuperación plena de las poblaciones bacterianas a los 14 días, la recuperación fue más lenta para el grupo de dosis única y estos pacientes tenían más alteraciones de la composición bacteriana, incluyendo aumentos en las especies bacterianas asociadas con el síndrome de intestino irritable.

Riesgo de una preparación colónica inadecuada

Dik VK, Moons LM, Hüyük M, et al. Predicting inadequate bowel preparation for colonoscopy in participants receiving split-dose bowel preparation: Development and validation of a prediction score. *Gastrointest Endosc.* 2015; 81: 665-72.

No existe duda sobre que una buena preparación intestinal mejora la detección de lesiones durante la colonoscopia y ahorra costos de los procedimientos al disminuir la repetición de estudios.

En el estudio actual, los investigadores evaluaron los predictores de una preparación intestinal inadecuada utilizando datos sobre 1,331 colonoscopias realizadas en 4 centros europeos. La tasa global de preparación inadecuada fue del 12.9%. Los predictores independientes fueron: un riesgo ≥ 3 de la puntuación de Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), el uso de antidepresivos tricíclicos u opioides, la presencia de diabetes, estreñimiento crónico, historia de cirugía abdominal y/o pélvica, historia de una preparación inadecuada y hospitalización actual. Se desarrolló y validó una escala de predicción. A los factores predictores se les asignó un valor en puntos de la siguiente manera: el uso de los tricíclicos, 3 puntos; ASA ≥ 3 y estreñimiento crónico, 2 puntos cada uno; el uso de opioides, diabetes, antecedentes de cirugía, hospitalización actual y la historia de una preparación inadecuada, 1 punto cada uno. En la cohorte de validación, el 26% de los participantes tenían una puntuación ≥ 2 , que predijo la preparación intestinal inadecuada con un 66% de sensibilidad,

especificidad del 79%, el 29% de valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del 95%. El 14% de los participantes tenían una puntuación ≥ 3 , que predijo una preparación inadecuada con un 43% de sensibilidad, especificidad del 90%, el 34% de valor predictivo positivo y el 93% del valor predictivo negativo.

El ultrasonido endoscópico es una buena opción para el drenaje de colecciones posquirúrgicas

Téllez-Ávila F, Carmona-Aguilera GJ, Valdovinos-Andraca F, et al. Postoperative abdominal collections drainage: Percutaneous versus guided by endoscopic ultrasound. *Dig Endosc.* 2015 Mar 23. doi: 10.1111/den.12475

Las colecciones líquidas postoperatorias (POFC) tienen una alta mortalidad cuando no son tratadas. El drenaje percutáneo (DP) es la modalidad de tratamiento preferida actualmente. El drenaje guiado por ultrasonido endoscópico (USE-GD) representa una buena alternativa. En el presente trabajo los investigadores compararon las tasas de éxito y complicaciones del drenaje de POFC en pacientes sometidos a USE-GD vs. DP. Se analizaron 63 procedimientos en 43 pacientes con POFC; 13 pacientes fueron drenados a través de pacientes EUS-GD y 32 con enfermedad de DP. Dos pacientes asignados inicialmente al grupo DP fueron reasignados a USE-GD. Se incluyeron 26 (60.4%) hombres y 17 (39.6%) mujeres, con una media $\pm$ desviación estándar de edad de 49 ± 15.7 años. Los procedimientos de cirugía más a menudo relacionados con el desarrollo de colecciones fueron: la reconexión intestinal, pancreatocistomía distal, derivación biliodigestiva, y laparotomía exploratoria. Las tasas fueron: éxito técnico (100 vs. 91%; $p=0.25$), el éxito clínico (100 vs 84%; $p=0.13$), la recurrencia (31 vs. 25%; $p=0.69$), los días de estancia hospitalaria (mediana 22 vs. 27, $p=0.35$), los costos totales ($8,328 \pm 1,600$ USD vs. $11,047 \pm 1,206$ USD; $p=0.21$), complicaciones (0 vs. 6%; $p=0.3$) y mortalidad (8 vs. 6%; $p=0.9$) en los grupos de la USE-GD y DP, respectivamente. En el grupo DP una muerte estuvo relacionada con el procedimiento.